12

18 SETTEMBRE 1876

—

DI UN NUOVO SEGNO DE' TUMORI OVARICI IN GENERE

ED IN ISPECIE DEL CISTOVARIO

CONTRIBUZIONE DIAGNOSTICA

DI

GUIDO BACCELLI

PROFESSORE DI CLINICA MEDICA

nella R. Università di Roma

ROMA

TIPOGRAFIA DEL POPOLO ROMANO

Via delle Colonnette, 23

—

1876.

Al Prof. Giacinto Pacchiotti

della Clinica Chirurgica Torinese

Professore Illustre.

Caro Collega,

Nel venire tra Voi, gratissimo dell' invito cortese, vi offro una piccola osservazione clinica che ha già ottenuto la sanzione di una lunga esperienza.

È poco: ma valga il poco a dimostrarvi che io faccio voti sinceri per i buoni studj e per la nostra fratellanza. E mi sentirei felice veramente quel giorno che, non più divisi gli animi da passioni piccine ma legati e concordi nello studio di una Scienza e di un' Arte nobilissima, potessimo dire tutt' insieme: l'Italia è studiosa ed avanza sicura per la via del sapere.

Credetemi sempre

Roma, 18 settembre 1876.

Affezionatissimo Vostro

Guido Baccelli.

Quodlibet vel minutissimum additamentum ad explendam medicam artem adhuc plura desiderantem potent conferre.

(Hildebrand, *Praxis Medica*).

I tumori addominali sono sempre o quasi sempre di ardua diagnosi. E siccome non ogni giorno ci è dato vederne, ed è stranamente ricca la suppellettile clinica nelle sue varietà; così tante volte è mestieri, se non siamo confortati da sicuro indirizzo diagnostico, astenerci piuttosto da qualsiasi giudizio, che correre il gravissimo rischio dello andar errati.

I tumori ovarici sono del numero e tra questi singolarmente le cisti ed i cistoidi.

Può tante volte nascere il dubbio se veramente esista una *ovarite;* se un tumore incipiente sia proprio dell'ovajo; nè basta: può anche nascere il dubbio se un tumore che abbia attinto una mole gigantesca, pur essendo riferito all'ovajo, appartenga al destro od al sinistro. Chi ha veduto molti casi di questa specie sa bene se io dica il vero.

Ha più che dieci anni mi trovava un giorno con parecchi colleghi in queste ambagi. La malata era una contadina di così ottusa intelligenza, che non sapeva darci alcun soccorso nella più diligente ricerca anamnestica. E quando, osservando e riosservando lo addome, che, ne' due suoi quadranti inferiori perfettamente simmetrico, si presentava egualmente tumefatto, elastico e resistente, non sapevamo dire se il cistovario, che per un accurato processo di diagnosi eliminativa ci si parava innanzi con tutta la evidenza, fosse derivato da destra o da sinistra; mi vidi costretto di ricercare, se fosse stato possibile, un modo per uscire da quel grosso intrigo. Mi venne allora in mente di far coricare l' inferma successivamente sui lati, però così prona allo innanzi col diametro bi-scapolare che avesse fatto un angolo ottuso sopra la retta orizzontale rappresentata dal margine del letto.

Ciò fatto, misi in adduzione la coscia, piegandola verso il ventre affinchè la diafisi dell'ileo che corrisponde sotto il centro d'inserzione del medio gluteo potesse trovarsi in acconcia posizione per essere sottomessa al plessimetro.

Percossi allora sulla diafisi dell'ileo e n'ebbi sul lato destro risuonanza ottuso-vuota, alta e profondamente timpanica sul lato sinistro. La diagnosi topica non fu più equivoca, il *cistovario era destro.*

Ognuno esattamente conosce la posizione anatomica dell'ovajo che è lassamente ritenuto e mobile nello stato suo fisiologico. L'altezza della sua posizione corrisponde poco sotto ad una retta orizzontale immaginaria che si tirasse sul perimetro superiore del piccolo bacino. Quindi appare come la mano del medico non possa raggiungere da nessuna parte quest'organo ove si eccettui la via del retto: la quale a dir vero non può essere troppo facilmente consentita dalle pazienti, nè molto agevole per la posizione laterale.

dell'organo da esplorarsi. Dal retto, anche al dire di Lowenhard che fu il primo a proporre cotesta via di esplorazione, non si perviene però che ai lati dell'utero, dove potrebbero giungere le ovaje inturgidite dal processo flogistico. Senonchè a me pare che questo tocco assai mediato e malagevole potrebb' essere rimpiazzato bene dalla percussione della diafisi dell' ileo. Infatti quando la si pratichi in caso di *ovarite* io non la vidi mai sopportata per l' acutezza del dolore che desta. È ben inteso che si tratti di *ovarite semplice*, ossia *senza diffusione al peritoneo*, nel qual caso la grande sensibilità del velamento sieroso sarebbe di non lieve ostacolo all' esatto apprezzamento delle precise condizioni della ghiandola.

Nella faccia esterna dell' ileo e precisamente nel centro della linea retta che dall' orlo superior posteriore della cresta dell' osso si tira all' orlo superiore della cavità cotiloidea, trovasi, alquanto al disotto della metà, il punto preciso in cui deve praticarsi la percussione.

Questa linea in media è lunga dieci centimetri: sicchè il punto anzidetto corrisponde a 5-6 centimetri al disotto dell' orlo posteriore della cresta.

Allo scopo di percuotere esattamente, è mestieri ricordare oltre la posizione acconcia che deve prendere la donna per mettere nella massima cedenza li strati muscolari sovrapposti, che la superficie esterna dell' ileo offre un piano obliquo pianeggiante-cavo, e che la diafisi dell' osso coll' orlo suo inferiore rade il punto ove deve tirarsi la retta orizzontale limitatrice del confine superiore della piccola pelvi. Sicchè un centimetro appena al disotto di questo livello, ove s' infigesse sul cadavere uno stile acuto in senso parallelo al piano anzidescritto, la glandola ovarica ne verrebbe traversata.

La percussione dev' essere praticata con forza, quindi è prefe-

ribile il martello ed il plessimetro alle semplici dita. Preferibile un plessimetro lineare al plessimetro piano; ed a questo scopo mi farò un pregio di offrire al Congresso di Torino quel plessimetro lineare di mia invenzione, che già ebbi l'onore di presentare al Congresso internazionale nel 1867 a Parigi. E tanto più oggi lo ripresento volentieri a miei cari colleghi d'Italia, perchè confortato del giudizio imparziale di quell'eminente Gerhardt clinico di Wurzburg, che tanto primeggia tra gli ascoltatori tedeschi. È mestieri appena di ricordare che la percussione dev'esser fatta sui due punti omologhi.

Quando le condizioni sieno fisiologiche da un lato e dall'altro, il suono che si trae percuotendo con forza, è suono chiaro profondamente timpanico per le intestina tenui che si trovano dall'un lato e dall'altro corrispondenti alla percossa regione.

Che se insorga un tumore ovarico le anse intestinali ne rimangono necessariamente sospinte, ed allora attiguo alla regione ritrovasi l'ovajo morboso che dà suono ottuso ed ottuso-vuoto secondo la quantità e la spessezza del suo tessuto o del suo contenuto, o dell'uno e l'altro ad un tempo.

Per tanti anni dipoi la prova fatta e ripetuta riuscì sempre a me ed a pochi amici a' quali aveva comunicato tal fatto, ed eglino pur n'ebbero nell'esercizio quel vantaggio che forse indarno sarebbesi ricercato per altra via. Era il 1867 e vidi a Parigi il celebre Marion Simps: comunicai ad esso pure la mia ricerca e n'ebbi che se ne servì sempre con molta soddisfazione. Il Prof. Costanzo Mazzoni nostro clinico Chirurgo l'ha più volte anch'egli adoperato con vera utilità.

Ricordo non senza soddisfazione l'ultima volta che ci trovammo a consultare insieme per una signora affetta da cistovario destro. Il Prof. Mazzoni era in compagnia dei suoi egregi aiuti.

La percussione della diafisi dell'ileo ci tolse da ogni incertezza sulla sede originaria del tumore; e mi sovviene che adoperato il palpamento sentii ed annunziai che in quel cistovario eravi una cisti inclusa. La donna fu operata dall'illustre Chirurgo e da' suoi degni aiuti, e la libera osservazione anatomica fatta del tumore confermò pienamente quel curioso accidente diagnostico.

Nè voglio tacere che quella donna guarì in modo perfetto, ed accrebbe così un successo di più ai pochi già conti della nostra Chirurgia Italiana.

Per converso pochi giorni or sono in un consulto al quale fui gentilmente invitato a Pisa nella Clinica del Minati ove prendeva parte il Prof. Landi, il sospetto di un tumore peri-ovarico fu dileguato colla percussione delle diafisi dell'ileo, benchè il voluminoso tumore addominale ch'esisteva fosse circondato da un'ascite libera copiosissima.

Di questo stesso soccorso mi valsi con molta utilità dell'arte e dell'inferma quì in Roma in un caso di voluminoso cistovario, la cui diagnosi topica era completamente abbuiata. La percussione della diafisi dell'ileo mi tolse da ogni imbarazzo: quì pure il cistovario era destro.

La giovane donna sulla quale volevasi poi praticare la ovariotomia, seguì il mio più mite consiglio, ch'era quello di fissare in basso la cisti con una forte fasciatura sui fianchi, e quindi introdurre un comune trequarti nel centro della linea ileo-pubica destra e lasciarvelo a permanenza. I dottori Crescenzi e Pompei ed altri che ora non ricordo seguirono di buon grado il mio divisamento, e dopo di aver edotti più che nove litri di fluido su cui facemmo pure importanti osservazioni chimico-microscopiche, delle quali ora mi dispenso, vedemmo rapidamente e compiutamente operarsi la involuzione della cisti stessa e lo enorme tumore ridursi in breve

tempo al volume di una piccola melarancia. Dopo tre mesi dalla operazione, la donna perfettamente guarita divenne incinta.

Un altro fatto molto importante per la diagnosticata suppurazione del cistovario, fu pure giudicato con questo mezzo ad onta della grande oscurità sulla primitiva origine destra o sinistra dell' ampio tumore. In cotesta donna ischeletrita e che lentamente febbricitava con una doppia anfimerina suscitaronsi nello esordire del male dolori violenti nell' una e nell' altra regione ovarica. Siffatti antecedenti tolsero ogni fede alla ricerca delle prime sofferenze locali. La donna era assistita dall' egregio dottor Villetti.

Ma un caso curiosissimo ed istruttivo ad un tempo mi avvenne in una giovane molto avvenente che legittimamente coniugata si credette incinta da quattro mesi, quando il marito fu costretto ad allontanarsi per molto tempo. In casa di costei dimorava un giovinotto che nell' assenza del marito ne ottenne i favori. Ella forse si abbandonò meno difficilmente nelle braccia dell' amante, anche perchè stimava ch'essendo gravida già, non sarebbe potuto derivarlene alcun disdoro. Ma giunsero i nove mesi e passarono senza che il feto vedesse la luce. Erano gli undici mesi avanzati e di prossimo parto nessun indizio, quando la madre di lei preoccupata di quello stato eccezionale chiamò più medici a vederla.

Per gravida lo era di certo: ma non starò a ridire quali e quanti fossero i giudizii quando si rivolsero anche a me perchè la visitassi. E la visitai e vidi che oltre al prodotto del concepimento esisteva un tumore ovarico precedente cui riferivasi il falso giudizio della prima gravidanza; mentre la vera gravidanza non era che di quattro mesi accanto ad un voluminoso tumore.

Quivi anche la percussione della diafisi dell'ileo scioglieva essa sola il problema.

Sebbene da molte altre parti derivassero lumi per la esatta dia-

gnosi. Ma quanto i segni fisici, quando esistano e siano interpretati a dovere, sieno a preporsi a tutti i razionali che sono sempre equivoci, non ho duopo dirlo a Chi è maestro nell'arte.

Potrei estendere molto la mia casuistica, ma a che pro?

A me basterà lo aver esposto pochi casi clinici per dimostrare tutta la importanza che può acquistare nelle varie fattispecie un mezzo diagnostico così semplice.

Da ciò che fu detto risulta:

a) che la percussione della diafisi dell'ileo scuopre la genuina ovarite, quando esista, pel dolore che desta direttamente sull'organo infiammato;

b) che nel dubbio di un tumore ovarico (se nascente), nel dubbio della origine sua (se grandemente progredito), la percussione della diafisi dell'ileo porge un sicuro criterio.

Ecco in che consiste questa mia piccola contribuzione diagnostica che verrà, spero, benignamente accolta da' miei Colleghi.
